

CAIS I'R YSGOL GYFLWYNO MEDDYGYNIAETH REQUEST FOR SCHOOL TO ADMINISTER MEDICATION

Ni fydd yr ysgol yn cyflwyno unrhyw feddygyniaeth i'ch plentyn heb i chi lenwi ac arwyddo'r ffurflen hon. Mae angen caniantad y pennaeth cyn bod gan staff yr hawl i gyflwyno unrhyw feddygyniaeth.

The school will not administer any medication without a completed, signed copy of this form. School staff require special permission from the Head teacher to administer medication

ENW'R DISGYBL
PUPIL NAME

OEDRAN
AGE

SALWCH
ILLNESS

ENW'R FEDDYGYNIAETH
NAME AND TYPE OF MEDICATION

AM BA HYD BYDD EICH PLENTYN YN CYMRYD
FOR HOW LONG WILL YOUR CHILD BE TAKING THE MEDICATION

AMLDER, MAINT A CHYFLWYNIAD
TIME, SIZE AND METHOD OF DOSE APPLICATION

SYLWADAU PELLACH (GOFAL ARBENNIG, SGIL EFFEITHIAU)
COMMENTS (SPECIAL CARE, SIDE EFFECTS)

ENW'R RHIANT A RHIF CYSWLLT ARGYFWNG
PARENTS NAME AND EMERGENCY CONTACT NUMBER

*Rwy'n deall mai fy nyletswydd bydd sicrhau cyflemwad o feddygyniaeth ac yn derbyn nad yw hyn yn wasanaeth y mae'n orfodol i'r ysgol ymgymryd a hi.
I understand that it is my responsibility to provide a supply of the appropriate medication and applicators etc and accept that this is a voluntary service which the school is not obliged to take*

LLOFNOD RHIENT
PARENT SIGNATURE